Sayın hastamız:

• Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen tıbbi veya cerrahi tedavi, girişim veya tanısal girişim (bundan sonra "İşlem" olarak tanımlanacaktır) hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

• Önerilen işlem hakkındaki bilgi aydınlatılmış onam (rıza) formun bölümlerinde mevcuttur.

• Bu açıklamaların amacı, sağlığınız ile ilgili konularda alınacak kararlara sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir. • İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı, beklenen faydaları, olası riskleri ve süresini öğrendikten sonra yapılacak işleme onam vermek veya vermemek kendi kararınıza bağlıdır.

• İşlem için onam vermiş olsanız bile; tıbbi yönden bir sakınca yok ise, istediğiniz zaman geri çekme hakkına sahipsiniz.

• Önerilen işleme onam vermemeniz veya geri çekmeniz durumunda formun ilgili bölümünü doldurmanız ve imzalamanız gerekmektedir.

• Sözel olarak anlatılanlar ve bu formda belirtilenlerden başka sorularınız varsa bu soruları bilgilendirme yapan hekime sorabilirsiniz.

1. Hastalık hakkında bilgi:Doktorunuz tarafından mantar enfeksiyonunu araştırmak için mantar örneği alınması planlanmıştır.

2. İşlemin tanımı:Örnek alınan bölge temizlendikten sonra, bisturinin keskin olmayan kısmı ile steril örnek toplama kabı içine deri ya da ağız içi vs. kazıntısı yerleştirilir.İşlemin süresi ortalama 5 dakikadır.

3. İşlemin kim/ler tarafından yapılacağı:.....
.....

4. İşlemden beklenen faydalar:Doktorunuz tarafından mantar enfeksiyonunu araştırmak için mantar örneği alınması planlanmıştır.

5. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılacak sonuçlar:İşlemi kabul etmemeniz durumunda doktorunuz size kültür sonucu olmadan ampirik (deneyime dayalı) olarak tedaviye başlayabilir.

6. İşlemin varsa alternatifleri:İşlemi kabul etmemeniz durumunda doktorunuz size kültür sonucu olmadan ampirik (deneyime dayalı) olarak tedaviye başlayabilir.

7. İşlemin riskleri ve komplikasyonları:Alınan yerde nadiren kanama olabilir. Böyle bir durumda doktorunuz tarafından size pansuman önerilecektir.

8. İşlemin tahmini süresi:İşlemin süresi ortalama 5 dakikadır.

9. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri:Hasta bölgenize krem uyguladıysanız doktorunuza mutlaka bilgi veriniz. Böyle bir durumda örnek alınması için kremin etkisinin geçmesi beklenecektir.

10. Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri:Hasta bölgenize krem uyguladıysanız doktorunuza mutlaka bilgi veriniz. Böyle bir durumda örnek alınması için kremin etkisinin geçmesi beklenecektir.

11. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği:Yan etki gelişimi halinde doktorunuza ulaşabilirsiniz. Acil durumlarda size en yakın hastanenin acil servisine başvurunuz.

12. Hastaya özgü durumlar (Kullandığı ilaç/lar, hastalıkları, diyet katkı maddeleri, bitkisel ilaçlar, vb. varsa açıklayınız. Yok ise "Yok" olarak belirtiniz).....
..... .
.....

HASTA, VEKİLİ, VELİSİ veya VASİSİNİN ONAMI

Hekimim hastalığım hakkında bilgi verdi; nasıl bir işlem yapılacağını, amacını, süresini, yararlarını, başarı şansını, mevcut durumu iyileştirme garantisi olmayabileceğini, iyileşme sürecini, olası risk ve komplikasyonları, alternatif yöntemleri, işlemi kabul etmemem durumunda karşı karşıya kalabileceğim durumları, gerekli görülmesi halinde ek bir işlem yapılabileceğini, işlemin maliyeti hakkında ilişkin tüm sorularımı yanıtladı. İşlem' den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususlarda bilgilendirildim ve

anladım.

Yukarıda açıklanan işlemin üzerimde veya yasal temsilcisi olduğum hasta üzerinde hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirileceği anlatıldı.

Aklım başımda ve karar verme yetimin yeterli olduğunu kabul ederek yapılacak olan işlemi kabul ediyor, hekimim ve ekibinin gerekli gördüğü işlemi gerçekleştirmesine onam veriyorum. Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak her hangi bir ilave işlemin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum. Önerilen işlem yöntemlerini reddetme, sonlandırma ve geri çekme hakkım olduğu tarafıma bildirildi.

Hastaneye, söz konusu olduğunda, yukarıda onam verdiğim uygulama sırasında çıkarılmış olan doku ya da organların muayene, tetkik, imha edilmesi ya da saklanması için izin veriyorum.

☐Bu formda tanımlanan işlemin uygulanmasını **KABUL EDİYORUM.**

Aşağıda boş bırakılan alana “**okudum, anladım, kabul ediyorum.”** yazınız ve imzalayınız.

……

☐ İşlemin uygulanmasını **KABUL ETMİYORUM**. ☐Verdiğim onamı, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla **GERİ ÇEKİYORUM.**

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 18 yaş altı hastanın yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınmalıdır.

GEREKLİ HALLERDE	
Yasal Temsilcisi Adı Soyadı / Yakınlık derecesi İmza Tarih Saat	**Tercüman Adı Soyadı / Telefonu** Saat İmza Tarih
ZORUNLU ALAN	
Hasta Adı Soyadı Saat İmza Tarih	**Bilgilendirmeyi Yapan Hekim Adı Soyadı** Kaşe/İmza Tarih Saat